

LE CHANCRE INDURÉ DU COL UTÉRIN

« Cécyl est un bouquet de fleurs
étrangères et de mien n'y ai mict,
que le filet à les lyer ».

(MONTAIGNE.)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 avril 1930

PAR

Philippe-Charles-Gabriel BLAZY

Né à St-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), le 28 février 1904,
Ancien externe des Hôpitaux,
Lauréat des Hôpitaux.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président.
		MICHELEAU, professeur	Juges.
		DAMADE, agrégé	
		PIÉCHAUD, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE CHANCRE INDURÉ DU COL UTÉRIN

« Cécyl'est un bouquet de fleurs
étrangères et de mien n'y ai mict,
que le filet à les lyer ».

(MONTAIGNE.)

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 11 avril 1930

PAR

Philippe-Charles-Gabriel BLAZY

Né à St-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), le 28 février 1904,
Ancien externe des Hôpitaux,
Lauréat des Hôpitaux.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PETGES, professeur	Président.
		MICHELEAU, professeur	Juges.
		DAMADE, agrégé	
		PIÉCHAUD, agrégé	

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1930



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS

MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER.	Clinique chirurgicale in-
Clinique chirurgicale.....	CASSAET.	fantile et orthopédie ...
Pathologie et thérapeuti-	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique...
que générales.....	BEGOUIN.	Clinique médicale des ma-
Clinique d'accouchements.	CARLES.	ladies des enfants.....
Anatomie pathologique et	ANDERODIAS.	Chimie biologique et mé-
microscopie clinique....	SABRAZES.	dicale.....
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et phar-
Anatomie générale et his-	G. DUBREUIL.	maceutique.....
tologie.....	PACHON.	Médecine coloniale et clini-
Physiologie.....	AUCHE.	que des maladies exoti-
Hygiène.....	LANDE	ques.....
Médecine légale et déon-	RÉCHOU	Clinique des maladies cuta-
tologie.....	CHELLE,	nées et syphilitiques....
Electroradiologie et clin.	BEILLE.	Clin. des mal. des voies urinaires ..
d'électricité médicale..	DUPOUY.	Clinique des maladies ner-
Chimie.....	MANDOUL.	veuses et mentales.....
Botanique et matière mé-	MAURIAC.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie...
dicale.....	TEULIÈRES.	Toxicologie et hygiène ap-
Pharmacie.....		pliquée.....
Zoologie et parasitologie..		Hydrologie thérapeutique
Médecine expérimentale..		et climatologie.....
linique ophtalmologique.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). — MICHELEAU, LEURET,
DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Maladies mentales.....
Histologie.....	LACOSTE.	Chirurgie générale.....
Anatomie pathologique...	MURATET.	Obstétrique.....
Parasitologie et Sciences}	R. SIGALAS.	Ophtalmologie.....
naturelles	CREYX	Pharmacie.....
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Dermatologie et syphilogra-
	DAMADE	phie.....
	PIECHAUD.	
	N...	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparat. pharmac.
Accouchements	PÉRY.	Pharmacie chimique
Ophtalmologie.....	CABANNES	Zoologie et parasitologie.....
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..		MM. N.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle		GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

AU DOCTEUR JOULIA

*Nous le remercions bien
cordialement de son enseigne-
ment et de ses aimables con-
seils, qui nous ont fait aimer
la vénérologie et choisir ce
sujet.*

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PETGES

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

En témoignage de reconnaissance de l'accueil chaleureux qu'il nous fit en son service, de son enseignement, et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales ayant fait un stage à l'hôpital de la Salubrité, nous avons eu l'occasion de voir plusieurs chancres syphilitiques du col utérin dans un milieu de prostituées, où cette localisation est relativement fréquente.

Le sujet, quoique déjà traité, nous a paru intéressant, parce que de diagnostic difficile; cette lésion en effet, peut très facilement passer inaperçue, au cours de son évolution rapide, ou bien donner lieu à des confusions regrettables et entraîner même des interventions chirurgicales.

Nous insisterons donc, particulièrement sur le diagnostic précoce, qu'il convient de faire, avant d'attendre une réaction de Bordet-Wassermann... positive, ou même l'apparition de phénomènes secondaires : cela à deux points de vue :

1° au point de vue prophylactique; on peut se rendre compte du danger de contamination nombreuse, auquel les prostituées soumettent leurs « clients », par l'exemple de Berthe Lo... (obs. XI), qui nous a avoué avoir eu, du 14 au 20 novembre, des rapports sexuels avec une vingtaine d'hommes. D'autre part, le risque de contagion des personnes, qui, ne songeant pas à cette lésion, pratiquent le toucher à mains nues : médecins, sages-femmes... pour peu qu'il existe la moindre érosion, au niveau d'un doigt.

2° au point de vue curatif; car la syphilis guérit d'autant mieux qu'elle est traitée plus précocement.

Nous ne parlerons pas du traitement, qui ne diffère nullement de celui des autres syphilis primaires; mais par contre, l'adénopathie, et en particulier l'adénopathie inguinale, qui n'est pas classique, retiendra notre attention, car on la rencontre assez souvent.

HISTORIQUE¹

La localisation de la syphilis primaire sur le col utérin n'a été décrite, que le jour où il est devenu pratiquement accessible au regard. Le spéculum, ancien dioptré de Paul d'Egine et d'Ambroise Paré, modifié et vulgarisé par Récamier en 1816, ne fut utilisé pour celles des maladies vénériennes qu'en 1832 entre les mains de Ricord: c'est lui qui le premier a décrit dans un mémoire, *Sur quelques faits observés à l'hôpital des vénériens*, les ulcérations d'origine spécifiques, qu'il a observées sur le col.

L'unicité du virus chancreux fut proclamée par Ricord; pour celui-ci, la syphilis était une maladie constitutionnelle, dont il niait la contagion des accidents secondaires, parce que pratiquant des inoculations sur le malade lui-même.

Mais les auteurs avec lui et après lui, confondent dans une description commune toutes les ulcérations du col utérin. Quant au chancre syphilitique, ils basent leur principal élément de diagnostic sur l'auto-inoculation qui est précisément le caractère spécifique du chancre mou.

Il faut arriver jusqu'en 1873, avec Fournier, dans son traité « de la syphilis de la femme » et Schwartz dans sa thèse magistrale, pour voir bien nettement individualisé, le chancre syphilitique du col utérin : description clinique qui servira de base à notre étude.

1. Nous ne voulons pas énumérer les nombreux auteurs, soixante environ, qui se sont occupés de la question de la syphilis primaire du col utérin, ayant chacun pour leur part contribué à nos connaissances sur ce sujet. Nous ne citerons ici que les principaux travaux, renvoyant le lecteur pour plus amples informations à la chronologie de Schwartz, et aux notices bibliographiques qui figurent à la fin de cet ouvrage. »

Thibierge, dans un article remarquable et Passenaud, dans sa thèse 1904, signalent, à côté de la forme papulo-érosive, une forme ulcéreuse, dont l'aspect peut prêter à confusion avec une tumeur maligne : justement Rostaine et Druelle ont publié l'année précédente deux cas d'ablation de chancre syphilitique, pris pour des tumeurs malignes.

Entre temps, le sujet intéresse aussi les accoucheurs qui étudient son influence sur l'accouchement (thèse de Férouelle, 1904).

La découverte du tréponème en 1905 et sa recherche dans la lésion initiale, rendue pratique quelques années plus tard, ont permis de confirmer un diagnostic clinique parfois délicat, en même temps que limiter sa fréquence exagérée, publiée par certains auteurs.

Des cas isolés, signalés depuis 1905, figurent pour la plupart dans le rapport « sur la syphilis des organes génitaux internes de la femme » que Gellhorn et Ehrenfest, ont fait en 1916, à la société Américaine de Gynécologie, et qui représente une synthèse de la question.

En 1920, paraît le livre d'Ozenne sur la « syphilis des organes génitaux de la femme ». En 1923, Rivoalen étudie les manifestations primaires et surtout secondaires du col utérin. Depuis cette date, quelques cas isolés ont été décrits, dont nous signalerons la plupart dans cette thèse, à l'occasion de plusieurs cas observés dans le service du professeur Petges et du docteur Joulia.

Note. — Nous attirons immédiatement l'attention du lecteur sur l'observation du Professeur Petges (XVIII), qui constitue une observation unique, pour ainsi dire d'expérimentation.

NOTIONS GÉNÉRALES, PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

La Syphilis primaire du col utérin n'attire nullement l'attention de la malade : elle n'est pas douloureuse, ne secrète pas de pus, ne saigne pas : c'est une découverte fortuite, au cours d'un examen au spéculum; aussi l'observe-t-on surtout chez les prostituées, en raison de la visite périodique à laquelle elles sont soumises. Et même, dans ces conditions pour ainsi dire optima, le chancre peut passer inaperçu; outre la forme d'ulcération banale qu'il peut revêtir à certaines périodes de son évolution, on se trouve quelquefois en présence d'un de ces énormes cols hypertrophiés, en bouchon de champagne, dont l'ulcération atteint les dimensions d'une pièce de 5 fr. et qui occupe tout le fond du spéculum, rouge, irrégulière, végétante par endroits, recouverte d'un enduit adhérent; si les végétations bourgeonnent un peu exagérément, on peut avoir l'illusion du néoplasme; si enfin cette ulcération, qui a peut-être pris passagèrement les caractères du chancre syphilitique, est accompagnée de pertes, pourquoi le Gonococque étant présent, ne pas lui attribuer tout naturellement une origine blennorrhagique ?

Il faut remarquer aussi, que la contamination semblerait peut-être plus importante en dehors de ce milieu de prostituées; Fr. Fuss, recherchant 800 contaminations d'hommes, trouve que 304 sont attribuées à des prostituées clandestines, contre seulement 73, par des prostituées en carte et en Maison.

Fournier avait remarqué que des accidents primitifs passaient inaperçus, dans la proportion de 30 % chez la femme, de 11 % chez l'homme : Faut-il dans tous ces cas, invoquer l'argument de la syphilis décapitée ou syphilis d'emblée, qu'il s'agisse d'une infection hématogène, par inoculation sanguine primitive; d'une infection directe des lymphatiques : syphilis à bubons d'emblée (obs. de Gougerot 1921 et d'Audry), dans laquelle on a fait entrer le chancre microscopique (Daniela et Stroë) et le chancre hypodermique (Gougerot, 1914) ?

Ricord, déjà de son temps, s'élevait contre cette « vérole, faisant soi-même son exorde par ses manifestations générales », et plus tard Thibierge. Pour expliquer la rareté de cette localisation, Bennet pensait que « le virus chancreux est pour ainsi dire essuyé et retenu par les parties extérieures »; Schwartz admet plus simplement « l'isolement et la protection du col par le mucus gélatiniforme qui l'enduit ».

Le chancre syphilitique n'a pas de lieu d'élection à proprement parler : il se montre partout où se trouvent réalisées certaines conditions d'inoculation. Le chancre vaginal, considéré autrefois comme un fait rarissime, devient par exemple d'observation un peu plus courante. Aux arguments invoqués, largeur plus grande du vagin que la vulve, réaction acide du mucus et son action protectrice, structure anatomique de la paroi, Rille, déclare que c'est seulement les instruments employés pour l'examen, qui empêchent d'en constater un certain nombre, et il publie 21 cas, qu'il a observés.

De même le col participe plus largement qu'on ne le croyait à l'infection primaire : Stookey prétend que l'absence du chancre, dans chaque cas de roséole à son début, est une forte présomption de sa localisation sur le col utérin; et Palmer, qui a examiné 600 femmes syphilitiques a trouvé le chancre dans presque chacune d'elles.

Deux conditions sont nécessaires pour cette localisation :

1^o introduction de tréponèmes dans la cavité vaginale;

2^o une porte d'entrée au niveau du col (non constante :

XVIII).

1° Il existe le plus souvent chez l'homme une lésion évolutive, qui dépose, sinon sur le col lui-même, au moins dans la cavité vaginale, des tréponèmes virulents.

2° Le virus syphilitique étant dans la cavité vaginale, quelles raisons l'attirent de préférence vers le col ?

Le même phénomène se produit au niveau de la cavité buccale; Raguenaud (1921) explique le fait par des raisons anatomiques : le tréponème choisit son terrain en un point rétréci : les amygdales parsemées de cryptes, où la salive stagne. On peut établir un parallèle pour le col utérin : la structure n'est pas identique, mais les glandes du col, la déclivité naturelle du vagin, la température constante influent certainement sur cette localisation. Il faut ajouter que toute lésion même minime du col doit servir à la fois d'appel et de porte d'entrée au virus.

La multiparité avec ses déchirures et lacérations, les érosions préexistantes (comme le montrent certaines figures de l'atlas d'Oppenheim) de métrite cervicale avec ulcérations banales ou gonococciques, l'herpès ulcéré, la mollesse du col pendant la grossesse (Fournier) et aussi pendant la menstruation, le prolapsus utérin (Rollet) sont autant de causes prédisposantes à la localisation initiale de la syphilis, où souvent la première infection fait le lit de la seconde.

Il faut enfin remarquer, malgré l'importance statistique de Fr. Fuss portant sur 1330 cas de chancres, montrant la fréquence des lésions entre 20 et 30 ans, que cette notion d'âge importe peu au point de vue du diagnostic différentiel (obs. XIV et XV).

Fréquence

Les statistiques publiées, remontent déjà à une époque éloignée, où n'existaient en somme, que des certitudes cliniques; on ne connaissait ni le spirochète ni les différentes réactions biologiques, et les chiffres varient avec les auteurs :

Sur 249 chancres génitaux qu'il a observés à l'hôpital de Lourcine, Fournier a relevé 13 localisations sur le col.

A côté de Rille, qui prétend avoir observé 160 chancres indurés du col utérin en l'espace de 5 ans, Zomakion sur 8.500 malades observés, ne trouve que deux cas absolument évidents.

Meyer estime que 15 % des femmes syphilitiques ont eu leur accident initial au niveau du col; Ivens : 5 %. Gellhorn et Ehrenfest : 1,5 %, Ozenne : 9,65 %

Pour notre part, depuis 1919, sur 1951 fiches de prostituées traitées à l'hôpital de la Salubrité, pour métrite, blennorrhagie, chancre mou ou syphilis, nous avons trouvé 975 syphilis, parmi lesquelles 74 accidents primitifs, dont 12 localisations sur le col utérin.

ETUDE CLINIQUE

Le chancre syphilitique fait son apparition en général, 15 à 25, en moyenne 21 jours après la contamination. Mais sa période d'incubation peut être prolongée, si un traitement préventif insuffisant a été institué, comme l'a montré Meynet en 1922, chez une femme présentant un chancre du vagin, et qui avait reçu une seule injection préventive de novarsénobenzol.

Ce qui attire l'attention au début : ce sont le plus souvent les manifestations d'une blennorrhagie concomitante (Cron, Gaucher et Giroux, obs. IV, VI, XVII), rarement des signes généraux : (obs. XI, XIII), exceptionnellement des signes physiques (XI), ou fonctionnels (XII, XIV, XVIII).

La lésion se présente au début comme une simple érosion, qui n'est pas identifiée. Pour certains auteurs, cette plaie banale laisserait sourdre spontanément une sérosité (signe de l'expression du suc de Leloir pour l'herpès), où il est aisé de déceler le tréponème. Le phénomène de la rosée séreuse décrit par Nicolas, Fabre et André, dans le chancre adulte existe aussi à cette période de début : « Le chancre à son début pleure comme l'herpès ; le microscope seul, fait le diagnostic » (Lacassagne).

C'est donc à la période d'état, l'examen étant conduit méthodiquement, que l'attention sera retenue par certains caractères, que nous allons nous efforcer de mettre en évidence sur cette lésion initiale.

Siège. — La plupart des chancres, comme nous le montrent les observations qui suivent, occupent une situation toute voisine de l'orifice du col ; beaucoup, sans être complètement

excentriques sont séparés de l'orifice, par une zone de tissu sain : caractère qui les rend suspects à première vue.

Quoique la lèvre antérieure ait paru plus fréquemment atteinte pour certains (Cron); c'est indifféremment l'une ou l'autre lèvre qui est prise, quand elles ne le sont pas simultanément. La lésion peut occuper un point quelconque du col, et il est une disposition particulièrement intéressante : c'est le chancre intra-cervical, qui peut ne se révéler que par une hémorragie persistante et une nécrose de l'orifice externe du col. Fournier avait admis cette situation comme un fait possible et rationnellement acceptable.

Belgodère signale : « une ulcération arrondie et enroulée de la dimension de nos pièces de 0 fr. 50 qui occupait le quart inférieur droit de la cavité cervicale » (obs. XIII), analogue en ce point avec le chancre intra-urétral, qui lui, est extrêmement douloureux. On comprend toute la difficulté de ce diagnostic sur un col de nullipare, trop ferme pour qu'on puisse écarter les lèvres et suivre les lésions. Dora Fusch, en recherchant l'accident primitif de 21 femmes atteintes de syphilis secondaire évolutive, a montré que 16 cas de localisation primitive endocervicale avaient passé inaperçus.

Nombre. — « C'est le propre du chancre induré d'être le plus habituellement solitaire » (Ricord). Il peut être également multiple (Fournier, Mrazek, Schillitöe, Thibierge, Le Pileur) comme le montrent les observations XVI et XVII.

Forme. — Différentes expressions servent à qualifier la forme du chancre syphilitique, fève, amande, pois, pièce de monnaie... : de ces comparaisons nous retiendrons qu'il se rapproche généralement plus ou moins de la forme circulaire d'une pièce de 0 fr. 50 ou 1 fr., rarement celle de 5 fr. (Franceschini, obs. VI) où il occupe toute la surface du col; caractères en somme qui ne diffèrent nullement des autres localisations.

Aspect. — Quand on observe au spéculum un chancre syphilitique du col, il offre aux regards, soit un aspect érosif simple, à couleur chair musculaire, soit un aspect tel qu'on le croirait recouvert d'une fausse membrane, comparée à du gras de lard, « un fond gris lardacé comparable à la coupe d'une tumeur squirrheuse » (Fournier) « de chancre diphtérique » (Bernutz).

Cette fausse membrane, jaune, blanc, grisâtre, ou blanc mat, quoique intimement adhérente, peut être enlevée par frottement, à l'aide d'un tampon monté, ou par la pince longue; au-dessous d'elle, l'ulcération a un aspect chair musculaire, saignant facilement au contact (piqueté hémorragique de Thibierge), sécrétant une abondante sérosité (rosée séreuse, de Nicolas, Fabre et André).

Les bords se distinguent assez nettement du centre, que par une coloration rouge foncé, formant autour de lui comme une colerette; quelquefois en pente douce (Fournier) ils forment rarement un relief appréciable. La colerette rouge est contestée par Franceschini, qui décrit dans un certain nombre de cas des bords légèrement surélevés, sans réaction inflammatoire.

A côté de cette forme papulo-érosive, existe la forme ulcéreuse décrite par Thibierge, forme rare qui appartient surtout aux formes concentriques, arrondie ou ovalaire, occupant une ou deux lèvres du col hypertrophié, rouge et irrégulier. Le fond tantôt superficiel, tantôt assez profond a une coloration rouge plus ou moins granuleuse, saignant facilement au contact.

Enfin la forme bourgeonnante (obs. XI et XIV) : Le col lui-même est souvent augmenté de volume, Neumann décrit dans bien des cas, qu'en introduisant le spéculum dans le vagin, il bondit sous les yeux. Cette hypertrophie limitée à lèvre bien localisée, de consistance quelquefois ferme (obs. XIV) ou généralisée suivant la situation du chancre, s'étendant jusque dans la musculuse (études microscopiques de Mrazek), est variable selon les circonstances (menstruation,

métrite chronique, nouvelle grossesse) et masque parfois au début, l'induration du chancre; ce n'est que plus tard, l'œdème du col ayant diminué, que l'induration sera évidente.

Induration. — Ce caractère d'induration, contesté par un certain nombre d'auteurs, récemment par Gellhorn et Ehrenfest, longtemps considéré comme pathognomonique puisque c'est l'épithète qui a servi à tort (Hallion) à le qualifier, peut quelquefois être absent. Schwartz signalait déjà dans sa thèse « à mesure que le chancre devient plus interne, il perd de sa dureté si bien qu'à mesure que l'exploration est plus difficile elle devient moins nécessaire ». Avant lui Ricord « cette induration au delà de l'anneau vulvaire perd de sa résistance et de sa netteté, peut même disparaître », et dans la pratique nous avons souvent constaté, qu'il n'était pas utile d'arriver jusqu'au col utérin, pour trouver des chancres non indurés.

Quoique pas toujours très importante, souvent superficielle, il faut s'astreindre à une méthode rigoureuse pour la rechercher, n'ayant pas souvent la bonne fortune de pouvoir « palper entre le pouce et l'index » comme Ricard, Rollet, Ozenne et Dureux un chancre syphilitique du col d'un utérus prolabé. Le doigt dans certains cas seulement, donne des renseignements intéressants, mais une tige métallique, pince à pansements utérins, hystéromètre, sous le contrôle de la vue « donnant, à condition d'être maniés avec une certaine légèreté de main, de doigté, des renseignements très précis sur la consistance du col utérin et permettent d'apprécier des différences fort légères dans cette consistance; ces instruments ont même sur le doigt introduit dans le vagin, le grand avantage de n'explorer qu'une zone restreinte et de permettre de délimiter très exactement l'étendue et la configuration des zones indurées » (Thibierge).

Nous avons envisagé la syphilis primaire chez la femme à l'état normal; il faut aussi envisager ses rapports avec la grossesse.

Chez la femme enceinte, d'une façon générale, les manifestations de la syphilis, sont plus nombreuses et plus importantes; l'état congestif est une cause à la fois d'appel et d'entretiens. En effet, « si la grossesse est une complication de la vérole » (Fournier), la réciproque est également vraie, car le développement du fœtus et l'accouchement rajeuniraient pour quelques auteurs la syphilis maternelle et exagéreraient la vitalité du spirochète.

Le chancre est le plus souvent unique et induré, mais ici le caractère d'induration, par contraste avec la mollesse du col de l'utérus gravide, est évident et admis par tous les auteurs. C'est un noyau irrégulièrement bosselé, assez volumineux, enchassé dans le parenchyme, ayant une dureté ligneuse ou cartilagineuse (Férouelle, Le Bigot, Le Camus, Edgard de Saïas...). Le Bigot rapporte un exemple tel, qu'un médecin crut toucher un pessaire. Enfin il y a de particulier l'anémie, la débilité spéciale des femmes enceintes syphilitiques, que nous retrouvons signalée dans le cas du Pr Guyot. La durée du chancre se prolonge de 15 à 30 jours pendant la période de gravidité, et l'hypertrophie du col peut, comme l'ont signalé Bumstead et Taylor, persister et prédisposer à l'insertion vicieuse du placenta-

Lésions concomitantes. — « Le chancre est multiple une fois sur trois » disait Fournier, et on trouve des manifestations concomitantes de la syphilis primaire sur la vulve (obs. V, VIII, XIV), sur le vagin, (obs. XII), ou en tout autre point (19 chancres signalés par Ricord).

On trouve encore la lésion toute différente, pour laquelle par exemple la malade est venue consulter (bartholinite, métrite, urétrite; obs. VI, X, XII), parfois aussi des signes cutanéomuqueux et ganglionnaires, des symptômes généraux aussi de la période secondaire.

L'adénopathie. — « Fait partie intégrante et obligée de l'infection syphilitique la suivant comme l'ombre suit le corps » (Ricord).

Qu'on ne trouve à l'exploration aucun ganglion perceptible, en raison de leur situation profonde; c'est là une notion qui correspond aux données anatomiques classiques (obs. IX), mais il est intéressant de noter cliniquement la relative fréquence de l'adénopathie inguinale : celle-ci a été signalée par plusieurs auteurs, au nombre desquels Schwartz, Thibierge, Fournier et, plus récemment, Bélakhoff et Lacassagne. Elle a fait l'objet d'une discussion sérieuse à la société de dermatologie et de syphiligraphie (1927), à propos de bubons accompagnant un chancre mou du col, et cela en dehors de toute lésion contemporaine sur la vulve. Nous avons observé à l'hôpital de la Salubrité, deux accidents primitifs du vagin, en l'exclusion de toute autre lésion génitale : l'un siégeait sur la paroi antérieure et donnait une belle adénopathie inguinale caractéristique; l'autre, sur la paroi postérieure, n'en donnait aucune. Dans les mêmes conditions, nous avons trouvé des adénopathies pour le chancre cervical (obs. I, XI, XII). Tandis que Schwartz attribuait cette adénopathie à la diffusion du virus syphilitique, Thibierge et Fournier expliquent ce fait par une anastomose possible entre les lymphatiques du col et ceux du vagin. Nous avons recherché les causes de cette adénopathie inguinale¹.

Anatomiquement, on peut décrire sommairement, d'après Leveuf et Godart, deux voies lymphatiques du col utérin :

1° Une voie principale pour le corps et le col, convergeant vers un point situé sur le bord de l'utérus, au-dessus de l'insertion vaginale; elle passe en avant de l'uretère, allant vers la paroi externe du bassin à l'union de 1/3 externe et des 2/3 internes du ligament large, chevauche l'artère ombilicale et forme le ganglion principal.

2° Deux voies collatérales postérieures pour le col :

a) voie hypogastrique, allant à la Palmure hypogastrique;
b) voie sympathique dirigée en dedans vers le promontoire, formant un ganglion appendu à la veine iliaque primitive gauche.

1. Nous avons demandé l'avis du Pr Villemin, et le remercions de nous avoir aimablement aidé de ses conseils et de son expérience.

Ces voies sont rétro-urétérales, sous les replis du Douglas de chaque côté du Rectum, largement anastomosées, et correspondent à la description de Cunéo et Marcille.

Quelques faits cependant pourraient peut-être, fournir une explication à certaines adénopathies inguinales. En effet, Leveuf et Godard, dans leurs études sur les nouveau-nés et deux pièces néoplasiques extirpées, signalent 5 cas d'anastomose des collatérales, aboutissant à un ganglion pararectal contournant la partie haute de l'ampoule rectale avec les branches de l'hémorroïdale supérieure.

De plus F. Villemin, dans ses recherches sur les lymphatiques du rectum, en collaboration avec Huard et Montagné, a injecté dans quelques cas, par le canal ano-rectal des troncs qui se rendent à la paroi vaginale et au col utérin.

On conçoit donc que dans ces cas, la propagation lymphatique ait pu se faire par des troncs anastomotiques vers des territoires avoisinants; et, puisque les lymphatiques de la portion inférieure du canal ano-rectal sont tributaires en partie, des ganglions inguinaux, envahir dans certains cas ces ganglions.

Outre les vaisseaux qui suivent le ligament rond, il existe des anastomoses entre les lymphatiques du col, du corps, de la paroi antérieure du vagin. Mais la voie la plus fréquente pour Louste, Ducoutreux et Lotte, est l'anastomose des lymphatiques du col, avec ceux de la paroi antérieure du vagin, qui sont tributaires des ganglions inguinaux : signalée par Poirier après Mascagni, elle a été trouvée sur la pièce anatomique d'Aubry.

Enfin, dans les cas où les faits d'anatomie sur le système lymphatique des organes génitaux, seraient insuffisants pour expliquer ces adénopathies inguinales (absence d'anastomoses), on peut penser que lors d'une inflammation, il se développe très rapidement des lymphatiques néoformés susceptibles d'entraîner une dérivation dans les territoires voisins et en particulier occasionner des adénopathies inguinales.

Leur description ne diffère nullement de celle de tout accident primitif.

Signes fonctionnels. — Le chancre syphilitique est complètement indolore, spontanément, sauf la localisation intra-cervicale qui est au moins sensible, on peut aussi le toucher, le presser avec le spéculum, sans que la femme manifeste la moindre souffrance (comme tout chancre non irrité); mais cette manipulation peut provoquer de légères hémorragies, à l'inverse des chancres des autres régions, car il a tendance à saigner facilement.

Signes généraux. — L'asthénie, l'anémie, l'amaigrissement, la céphalée, sont signalés dans certains cas (obs. XI, XIII), mais ces manifestations ne diffèrent pas de celles qui accompagnent toute syphilis à la période de septicémie.

EVOLUTION

La cicatrisation progresse des bords vers le centre, plus ou moins vite, selon l'étendue de la lésion. Nos observations nous montrent qu'elle n'est pas aussi rapide, que le prétendaient Thibierge et Fournier. L'aspect peut être modifié totalement en deux ou trois jours, mais il persiste une plaie, « absolument simple et innocente d'aspect » (Fournier).

La durée totale du chancre est de 3 à 4 semaines, à moins que des influences étrangères n'en modifient l'évolution; c'est ainsi que la grossesse (Moraller), l'infection blennorragique (Mrazeck), la prolongent; tandis que le traitement la raccourcit. Au niveau du col, on ne trouve, au bout d'un certain temps, plus aucune trace de lésion (X, XVIII), rarement une petite cicatrice blanchâtre, légèrement déprimée, comme ombiliquée (XI), ou un petit bourgeon (XVI).

OBSERVATIONS

Observation I.

Chancre induré du col utérin.

In Rivoalen : *Thèse*, Bordeaux, 1922, p. 45.

Germaine Krép..., 22 ans, prostituée, déjà traitée l'année précédente pour chancres mous de l'anوس et de la petite lèvre droite et qui avait une réaction de Bordet-Wassermann négative, entre à l'hôpital Saint-Jean, le 14 février 1921, pour ulcération du col et roséole.

Le col utérin est augmenté de volume dans son ensemble, et, sur sa lèvre antérieure, on remarque une ulcération de forme ovulaire légèrement surélevée, en saillie, ne se continuant pas à l'intérieur de l'orifice cervical. Cette ulcération a des bords nets, cerclés par une zone rouge inflammatoire; le fond est recouvert d'un enduit grisâtre, d'aspect diphtéroïde, laissant paraître à la périphérie le fond rouge. Le toucher permet de se rendre compte de l'induration propre de la lésion, en la différenciant de la consistance du col.

Pas de traces de chancre syphilitique ailleurs. Dans la région inguino-crurale, : polyadénopathie à caractère nettement spécifique. Ganglions épitrochléens à droite seulement.

La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

Le 16 février, on commence le traitement arsenical.

Le 23 février, l'amélioration est déjà considérable : la lésion a diminué de moitié ; l'éruption roséolique, peu apparente à l'entrée, s'accuse après la 2^e injection de novarsénobenzol.

Le 5 mars, le chancre utérin a complètement disparu, après 5 injections intraveineuses de novarsénobenzol de 0 gr. 15 à 0 gr. 75.

Observation II

Chancre induré du col utérin.

In Rivoalen : *Thèse*, 1922, p. 44.

Louise Maq..., 25 ans, prostituée, entre à l'hôpital Saint-Jean le 7 mai 1921. Aucun antécédent notable à signaler. On ne trouve rien à l'anus, ni à la vulve; par contre, au niveau du col utérin, on remarque la présence d'une ulcération, qui occupe les deux lèvres antérieure et postérieure avec prédominance sur la lèvre postérieure.

Cette ulcération qui paraît résulter de la fusion de deux ulcérations occupant chacune l'une des lèvres, est grise au centre, rouge en bordure, avec des bords légèrement saillants, en bourrelet entourés d'un liseré inflammatoire rouge vif; elle a une consistance ferme, parcheminée.

Roséole sur le déclin. Micropolyadénopathie inguinale. Il n'y a rien à la gorge, mais sur la lèvre inférieure existe une ulcération à laquelle on attribue d'abord une origine traumatique, mais qui est bel et bien une plaque muqueuse.

Réaction de Bordet-Wassermann (+ + + +).

La malade est mise au traitement arsenical et sort, le 28 mai 1921, guérie de la lésion du col qui a cédé au seul traitement général, après la 3^e ou 4^e piqûre.

Observation III

Chancre induré du col utérin.

In Rivoalen : *Thèse*, 1922, p. 47.

Alice Mor..., 33 ans, prostituée, entrée à l'hôpital Saint-Jean le 19 octobre 1921, a des antécédents tuberculeux dans sa famille; elle-même a eu une hémoptysie. Sommet droit induré. Elle ne présente aucun signe de syphilis ancienne.

Sur le col utérin existe une ulcération grisâtre, arrondie, grande comme une pièce de un franc environ, dont la surface est recouverte par un enduit diphtéroïde fortement adhérent. Les bords

bien limités, saillants, abrupts, plaident en faveur du chancre induré. La consistance est indurée.

Aucun signe, en dehors de ceux d'une ancienne gonococcie. Le 26 octobre, le résultat de la réaction de Bordet-Wassermann est nettement positif.

On commence le traitement par le novarsénobenzol et après trois injections de 0 gr. 15 à 0 gr. 45, le 2 novembre, l'ulcération a déjà beaucoup diminué. On continue le traitement à la dose d'un centigramme de CyHg par jour, en raison de l'intolérance du novarsénobenzol, qui provoque des crises nitritoïdes, légères d'abord, puis de plus en plus fortes.

Le 9 novembre, l'ulcération est presque entièrement cicatrisée; le 15 novembre, elle est guérie.

Observation IV

Chancre induré du col utérin.

par les docteurs Petges et Lecoulant.

L... Henriette, lingère, âgée de 17 ans, entre à l'hôpital de salubrité le 2 décembre 1922 avec le diagnostic de métrite purulente.

Elle ne présente aucun signe cutané ni ganglionnaire de syphilis.

La vulve est congestionnée ainsi que le vagin et le col utérin mou est le siège d'une vaste ulcération tapissée d'un enduit pseudo-membraneux jaunâtre, baignant dans le pus qui s'écoule de son orifice.

Le globe utérin remonte à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic : la malade paraît enceinte de 4 mois environ. La réaction de Bordet-Wassermann est négative.

On prescrit le traitement habituel de la métrite (injections vaginales d'un mélange de solution au 1/4000 de cyanure de mercure et de permanganate de potasse).

Le 9 décembre 1922, l'ulcération du col tapissée d'enduit putrilagineux est nettoyée et a diminué d'étendue; elle a tendance à bourgeonner. Une grosse mèche purulente persiste encore au ni-

veau du col; on pratique sur celui-ci quelques badigeonnages prudents au nitrate d'argent à 1/40.

Le 13 décembre 1922, la malade, en menace d'avortement, est évacuée sur le service d'isolement des femmes enceintes de Canolles, où elle fait une fausse couche quelques jours après.

Le 24 janvier 1923. Elle rentre à la Salubrité en pleine roséole maculeuse généralisée; sa gorge est rouge, bigarrée, marbrée avec des plaques muqueuses érosives sur l'amygdale droite. Elle présente une plaque muqueuse au niveau de la fourchette vulvaire, des syphilides cutanées papulo-hypertrophiques périvulvaires et de la marge de l'anus, et une adénopathie généralisée.

Elle est atteinte également de bartholinite droite suppurée, de vulvovaginite et de métrite.

La réaction de Hecht-Sabrazès-Eckenstein est + + + +.

La malade rentre donc en pleine syphilis secondaire floride; or elle a été évacuée sur Canolles le 13 décembre 1922, en est sortie à la fin du mois, revient le 24 janvier 1923 : il n'est pas possible qu'elle ait contracté cette syphilis pendant ce laps de temps. La roséole qu'elle présente n'a pu succéder, en effet, qu'à un chancre apparu six semaines au minimum avant sa deuxième entrée à l'hôpital de salubrité. Il est probable que la vaste ulcération du col déformée par la grossesse, était un accident primitif. Il persiste d'ailleurs un vestige de chancre au niveau du col. On commence un traitement novarsénobenzolé; la métrite est également soignée.

Le 3 février 1923 à la 4^e injection de novarsénobenzol Billon, l'ulcération du col est en voie de disparition.

Le 24 février 1923, le chancre est guéri depuis longtemps. La métrite purulente persiste sous forme d'un écoulement jaunâtre épais. Le traitement antispécifique est continué. La roséole a disparu.

Observation V

Chancres indurés du col utérin et de la grande lèvre gauche

(inédite et résumée. Service du Dr Joulia.)

Georgette To..., âgée de 20 ans. Ayant constaté la présence, sur la grande lèvre droite, de deux ulcérations depuis le 13 août 1926,

entre à l'hôpital de la Salubrité, sans altérations de son état général, le 28 août 1926. L'examen fait ce même jour, révèle la présence d'une polyadénopathie inguinale bilatérale, et d'une légère uréthrite. Au niveau de la grande lèvre gauche, à sa partie postérieure, existent deux ulcérations arrondies, chacune de la dimension d'une pièce de 50 centimes, que l'on identifie immédiatement pour deux accidents primitifs typiques. Enfin, au niveau de l'orifice cervical, se trouve une nouvelle érosion grisâtre, cerclant l'orifice, de la même dimension que les deux autres ulcérations, recouverte d'un enduit grisâtre, bordée par un fin liséré rose, mais plus foncé que le reste de la muqueuse.

Le 4 septembre 1926, on note déjà une modification des chancres, sous l'influence d'une piqûre de N-A-B (0.15 cgr. intra-veineux) : celui du col a nettement diminué de volume, ayant seulement la taille d'une lentille. Sous un épais enduit diphtéroïde grisâtre, cette ulcération a une coloration chair musculaire et laisse écouler une abondante sérosité, qui examinée sur frottis fixé et coloré (par la méthode de Fontana-Tribondeau), a révélé la présence de nombreux tréponèmes.

La réaction de B.-W. est fortement positive (++++).

Après un traitement : 2 gr. 85 de N-A-B intra-veineux, la malade sort de l'hôpital le 9 octobre, la cicatrisation des chancres étant complète.

Revue le 2 juillet 1927, pour une autre affection, la réaction de B.-W. est négative et on ne trouve aucune manifestation de syphilis évolutive.

Observation VI

par les docteurs Petges et Lecoulant.

Chancro induré du col utérin

Marie L..., 22 ans, prostituée, est hospitalisée au service de la salubrité le 9 février 1927 pour métrite purulente.

Antérieurement, elle a fait plusieurs avortements de 2 à 3 mois, d'origine indéterminée, mais n'a jamais contracté la syphilis. Jus-

qu'ici ses réactions de Bordet-Wassermann ont toujours été négatives.

A son entrée, le 9 février 1927, elle présente quelques taches bleu-tées sur les cuisses, le pubis, dues vraisemblablement à la phtiriasse de cette région. Elle n'a aucune lésion de la gorge mais une polyadénopathie inguinale et épitrochléenne.

L'examen des organes génitaux décèle :

1° Une bartholinite suppurée droite;

2° Une urétrite aiguë;

3° Quelques lésions d'herpès de la racine de la cuisse gauche et de la grande lèvre droite;

4° Un col utérin énorme, en bouchon de champagne, siège d'une ulcération circulaire, en margelle de la dimension d'une pièce de 5 fr. que baigne le mucopus d'origine cervicale.

Le traitement prescrit consiste simplement en injections vaginales d'un mélange de Cyanure de Hg et de permanganate de potasse à 1/4000.

Quelques jours plus tard, à partir du 16 février 1927, la malade fatiguée, amaigrie, subfébrile (37° 8, axillaire) demande à garder le lit. Elle présente une roséole syphilitique généralisée classique, une gorge rouge vermillon sans plaques muqueuses.

Au niveau du col, les signes se précisent : sur la lèvre postérieure, une tuméfaction de couleur rouge chair, musculaire, exulcérée, indurée, tranche sur la masse du col et offre tous les caractères d'un accident primitif. Le reste de l'ulcération est guéri. La réaction de Hecht-Sabrazès-Eckenstein est + + + +. La réaction de Vernes donne une densité optique de 118.

Tout traitement local est suspendu. La malade reçoit immédiatement par la voie intraveineuse 7 injections de cyanure de mercure à la dose quotidienne de 0 gr. 01. Une série de novarsénobenzol est ensuite commencée aux doses de : 0,15, 0,30, 0,45, 0,45, 0,60 (du 3 mars au 19 mars).

Dès la 4° injection intraveineuse de novarsénobenzol, la lésion du col était cicatrisée et la roséole en voie de régression.

Le 19 mars 1927, le col était complètement guéri et la roséole disparue.

Le traitement arsénobenzolé est continué aux doses de 0,75 0,75.

Le diagnostic de chancre syphilitique du col, qui semblait probable a donc été confirmé par le traitement général antisypilitique. Les caractères de l'exulcération superficielle de couleur rouge, chair musculaire, reposant sur une tuméfaction indurée, sa forme, ses contours réguliers, excluait les diagnostics de chancrille ou d'ulcération métritique. D'ailleurs la guérison de la lésion par le traitement antisypilitique, en l'absence de tout traitement local, venait confirmer un diagnostic déjà posé.

Observation VII

(Inédite et résumée. Service du Dr Joulia.)

Chancre induré du col et phénomènes secondaires.

Germaine Depla..., âgée de 24 ans. On ne relève chez cette femme aucun antécédent spécifique, elle n'a pas eu d'enfants, ni fait de fausse couche : cependant elle a été traitée à Lyon, renseignements pris, pour éviter le cas d'une réinfection, uniquement sur sa demande, sans aucun signe morbide, par 4 injections intra-veineuses de N-A-B en avril 1926; puis à Bordeaux, par une série de N-A-B, la deuxième piqûre faite en février 1927.

Elle vient se faire examiner d'elle-même, pour une éruption siégeant sur le tronc, le 13 avril 1927. Il s'agit d'une roséole syphilitique, avec polyadénopathie généralisée, en particulier adénopathie épithrochléenne et inguinale bilatérales. Légère uréthrite chronique, plaques muqueuses du type papuleux, sur les grandes lèvres. Au niveau du col, augmenté de volume, l'orifice linéaire, déprimé, est cerclé par une ulcération de la grandeur d'une pièce de 2 francs, formant dans son ensemble un certain relief, de coloration chair musculaire, entourée d'une zone circonférentielle blanchâtre; au toucher, cette ulcération présente une certaine induration, qui est, avec le reste de la muqueuse du col, légèrement saignotante. Pas de suppuration; mais après friction modérée avec un tampon imbibé d'éther et raclage doux avec une curette, il

suinte un liquide séreux et abondant, dans lequel on trouve de nombreux trépomènes sur frottis fixés et colorés (par la méthode de Fontana-Tribondeau).

La réaction de B.-W. est fortement positive (++++).

Le traitement a consisté en 8 injections de cyanure de mercure intra-veineux, à raison de 1 cgr. par jour, puis une série de N-A-B jusqu'au 29 mai, date à laquelle elle sort de l'hôpital.

Observation VIII

(*Idem.*)

Chancres indurés du col utérin et de la grande lèvre droite

Angèle P..., âgée de 29 ans : Entre à l'hôpital de la Salubrité, le 7 décembre 1927, pour chancre induré de la grande lèvre droite. Aucun antécédent spécifique, pas d'enfant, pas de fausse couche. Aucune altération de l'état général, pas d'adénopathie en particulier, inguinale ou épithrochléenne.

On trouve :

1° Au niveau de la grande lèvre droite, une érosion ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, indurée, apparue le 1^{er} décembre, ayant toute l'apparence d'un chancre en cocarde.

2° Sur la lèvre antérieure du col utérin, une érosion de coloration chair musculaire, de mêmes dimensions que la précédente, de consistance plus ferme que le reste de la muqueuse, laissant sourdre une sérosité sanguinolente.

Une réaction de B.-W. est négative : on fait, au niveau des deux érosions, un prélèvement de sérosité que l'on étale sur plusieurs lames. Ces frottis montrent qu'il existe, pour l'une comme pour l'autre, de nombreux trépomènes. Traitement : N-A-B intra-veineux (0,15, 0,30 cgr.) puis la malade étant indisposée, on continue par du sulfarsénol jusqu'au 30 décembre 1927, où l'on note la cicatrisation complète des lésions.

Observation IX

(*Idem.* Personnelle.)

Chancrè induré du col de l'utérus.

Adèle Du..., prostituée, 20 ans, nie tout accident vénérien antérieur.

Entrée à l'hôpital de la Salubrité le 17 octobre 1928. L'examen révèle les traces d'une cicatrice de fistule de la glande de Bartholin gauche et un peu d'urétrite chronique.

Au niveau du col utérin, on note une légère érosion banale : par ailleurs aucune adénopathie cliniquement décelable. La réaction, de Bordet-Wassermann est négative.

Le 2 novembre 1928, l'érosion du col s'est agrandie et limitée : elle présente l'aspect d'un accident primitif, de forme ovale, de la dimension d'une pièce de 1 franc, siégeant à la partie supérieure du col, vers onze heures, de coloration chair musculaire, suintant une sérosité rosée.

Pas d'adénopathie inguinale appréciable. Aucun trouble de l'état général.

On fait un frottis que l'on examine après fixation et coloration (méthode Fontana-Tribondeau), qui révèle la présence de tréponèmes. Une nouvelle réaction de B.-W. se montre franchement positive (++++).

Le 7 novembre, juste avant de commencer le traitement, on trouve le chancre plus évident, faisant nettement saillie et recouvert d'un épais enduit diptéroïde, gris jaunâtre. Après examen des urines qui ne contenaient pas d'albumine, on fait une série de trois grammes 75 de N-A-B intra-veineux, qui amène une cicatrisation progressive de la lésion, totalement achevée le 10 décembre 1928. La malade sort de l'hôpital le 17 décembre.

Observation X

(*Idem.* Personnelle.)

Chancres syphilitiques du col utérin.

Léa Ma..., 22 ans, prostituée.

Nie tout antécédent vénérien à son entrée à l'hôpital de la Salubrité, le 23 septembre 1929, pour bartholinite et métrite. On fait une réaction de B.-W. qui est négative (comme on le fait systématiquement à chaque malade dès son arrivée).

L'examen le 26 septembre montre :

Une polyadénopathie inguinale bilatérale et une bartholinita gauche.

Au niveau du col utérin et sur la lèvre antérieure, on constate la présence d'une érosion arrondie, légèrement surélevée, de l'importance d'une pièce de 50 centimes, de coloration chair musculaire, luisante. Cette érosion unique ne se prolongeant pas dans l'orifice cervical, paraît immédiatement suspecte : le toucher digital ne permet pas de trouver une induration évidente, pas plus que la pression au moyen d'une branche de longue pince : contacts indolores, mais qui font sourdre une abondante sérosité, dont on fait un examen à l'ultra, révélant de nombreux trépomènes (5 à 6) dans chaque champs. Un nouveau B.-W. est négatif à la date du 28 septembre, il s'agit d'un accident primitif du col utérin. On ne trouve aucun signe de syphilis cutanéomuqueux ou ganglionnaire; on ne note au cours de l'examen général, qu'un léger souffle systolique au foyer aortique.

Le traitement, par une série de N-A-B intraveineux, faite jusqu'au 24 octobre, amène une cicatrisation très rapide de la lésion, puisqu'à cette date on lui permet de sortir de l'hôpital, en lui recommandant de continuer son traitement au dispensaire de prophylaxie.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette malade le 31 octobre à l'hôpital, où elle est revenue pour bartholinite : il aurait été impossible de trouver une trace quelconque de son ancienne affection syphilitique.

Observation XI

(*Idem.* Personnelle.)

Chancre induré du col.

Berthe Lo..., prostituée, âgée de 24 ans.

Réglée à l'âge de 15 ans normalement et régulièrement depuis, a présenté à 17 ans, au cours d'une grossesse de huit mois, pendant le 7^e et le 8^e mois, une albuminurie qui a totalement disparu huit jours après un accouchement normal, mais l'enfant débile n'a vécu que neuf mois.

C'est au 16 novembre 1929, que la malade fait remonter son affection, qui débute par de la céphalée : sensation de pesanteur, parfois de constriction particulièrement accentuée le soir à partir de 19 heures, localisée dans les régions frontale et temporale, accompagnée de nausées, de frissons, d'une sensation de fatigue générale et d'anorexie; pas d'autre trouble fonctionnel; elle constate elle-même que le col est plus volumineux, un peu plus dur qu'auparavant et douloureux. Le 20 novembre, le même médecin spécialisé, au cours de sa visite hebdomadaire et qui l'avait examinée huit jours auparavant, sans rien trouver d'anormal, constate une ulcération du col, qui lui paraît suspecte et dans ces conditions l'envoie à l'hôpital de la Salubrité.

L'examen de la malade, pratiqué le 20 novembre 1929, révèle localement une adénopathie inguinale modérée : 3 ou 4 ganglions sont nettement augmentés de volume, en particulier du côté gauche. La seule lésion génitale que l'on trouve est une érosion du col, à la partie inférieure et gauche de la lèvre postérieure vers 5 heures, de la dimension d'une pièce de 1 franc, nettement circulaire, qu'entoure une bordure de coloration rouge foncé, saillante, de consistance plus ferme que le reste de la muqueuse saine, offrant une certaine résistance à la pince qui la déprime dans son ensemble. Nettoyée avec un tampon de coton monté, cette surface luisante, laisse suinter une sérosité abondante et légèrement hématique, dont on fait à l'aide d'une pipette stérile un prélèvement pour l'examiner à l'ultra : de nombreux tréponèmes (4 à 6), parcourent

chaque champs. Pas d'autre signe cutanéomuqueux et ganglionnaire de spécificité, aucun signe pathologique des différents appareils examinés. Réaction de B.-W. négative. Le 23 novembre, les lésions se sont modifiées, un œdème de consistance ferme et rouge foncé, déforme le cadran inférieur et gauche du col, limité en haut vers deux heures, l'orifice cervical et la ligne rejoignant sept heures. Cette zone semble centrée par une dépression cruciale, rappelant la forme du trèfle à quatre feuilles, qui n'est autre que l'érosion déjà décrite, mais transformée et recouverte d'un exsudat crémeux. Le toucher vaginal permet de constater une induration particulière, bosselée, irrégulière, et on comprend en pareil cas, la confusion que ce seul examen pourrait soulever avec certaines formes de cancers du col à leur début.

En raison des règles survenues le 23 novembre et aussi de la céphalée, on commence le traitement par 7 injections intraveineuses de cyanure de mercure (injection quotidienne de 0,01 cgr.) du 25 novembre au 1^{er} décembre, qui ont pour effet de faire totalement disparaître le céphalée dès le troisième jour. Ce traitement et le repos semblent aussi heureusement influencer l'état général. Après nouvel examen des urines, ne contenant pas d'albumine, on continue le traitement par du N.-A.-B intra-veineux (0, 15, 0,30, 0,45 cgr.); on fait un second, puis un troisième B.-W., ainsi qu'un Vernes; tous examens négatifs. Localement, le chancre est en excellente voie de cicatrisation; à la date du 9 décembre, il est dépouillé de son enduit, moins étendu, moins profond, le col a déjà repris sa forme normale, on continue le traitement et il ne persiste plus le 19 décembre, qu'une cicatrice légèrement ombiliquée.

Observation XII

(*Idem.* Personnelle.)

Chancre du col coexistant avec des chancres du vagin et de l'anus.

Marie Go..., prostituée, 20 ans, n'ayant eu aucun antécédent génital morbide, entre à l'hôpital de la Salubrité, pour des ulcérations suspectes du cul-de-sac antérieur droit et du col utérin; elle

est atteinte en même temps d'urétrite aiguë et d'annexite bilatérale légère.

L'examen pratiqué le 18 novembre 1929, révèle une augmentation de volume des ganglions inguinaux des deux côtés, mais beaucoup plus considérable à gauche, où un ganglion du volume d'une petite noix entouré de 5 à 6 un peu moins gros, de consistance dure, roulant sous le doigt.

Au spéculum, au niveau de la commissure droite du col utérin, entourant l'orifice cervical, mais ne se prolongeant pas à son intérieur, on voit une érosion que recouvre un épais enduit jaunâtre, saignant au contact d'un tampon monté, ovalaire, de la surface d'un petit haricot, paraissant dans son ensemble un peu plus ferme que le reste du col : la branche d'une pince longue déprime assez difficilement cette surface érodée, tandis que la muqueuse saine se plisse autour d'elle.

Au niveau du cul-de-sac vaginal antéro-supérieur droit, siège une petite ulcération lenticulaire recouverte du même enduit jaunâtre déjà décrit.

Deux érosions rouges, formant un certain relief, siègent dans les plis radiés de l'anūs; de consistance ferme, ils laissent sourdre à la pression qui est indolore et comme au niveau du col une abondante sérosité.

Par ailleurs, rien à signaler (aucune lésion de la bouche et du pharynx, pas d'éruption cutanée, pas d'adénopathie cervicale, axillaire ou épitrochléenne), aucun trouble pathologique des différents appareils examinés.

Réaction de B.-W. négative.

Le 21 novembre, différentes recherches de tréponèmes sont faites et demeurent négatives. Le diagnostic clinique ne fait cependant aucun doute, et on commence immédiatement le traitement par une série de N-A-B intra-veineux (0,15, 0,30, 0,45 cgr.). A la date du 28 novembre, une seconde réaction de B.-W. est franchement positive (++++). Au niveau des différentes lésions, pas de modifications sensibles.

Le 2 décembre, la malade présente une réaction d'Herxheimer évidente : les chancres anaux sont plus nettement surélevés, entou-

rés d'une assez large collerette rouge, délimitant ainsi leurs contours; tandis que le centre est lui aussi recouvert d'un enduit jaunâtre. La grande lèvre gauche est le siège d'un œdème localisé, dur, sensible à la pression, paraissant un relais lymphatique vers les ganglions déjà signalés plus haut; les lésions du col et du cul-de-sac sont elles-mêmes plus turgescents, leurs contours plus foncés. On continue le traitement (N-A-B : 0 egr. 60).

Le 5 décembre 1929, même état des lésions anales; le chancre cervical devient encore plus apparent, tandis que le centre recouvert d'un enduit moins épais, maintenant jaune grisâtre, est déprimé; ses contours deviennent polycycliques et la zone circonférentielle, tendant vers la coloration rouge foncé, œdématiée, de consistance beaucoup plus ferme que le reste du col, occupe la moitié inférieure gauche de celui-ci.

Le chancre vaginal, lui aussi, a subi des modifications importantes, la zone circonférentielle turgescence, rouge foncé, rend plus évidente la partie centrale de forme ovale recouverte d'un épais enduit de couleur crème.

Enfin, en dépliant la paroi antérieure du vagin, à son union avec la partie toute postérieure et supérieure du col, on découvre avec surprise une nouvelle ulcération lenticulaire recouverte d'un léger enduit jaunâtre.

Le 9 décembre, le chancre du col et ceux du vagin, ont subi une amélioration remarquable; ils sont moins saillants, moins rouges à leur périphérie, moins étalés. Le processus de cicatrisation semble très rapide; peut-être moins accentué au niveau de l'anus; la grande lèvre est beaucoup moins volumineuse. (N.-A-B : 0,75).

Le 16 décembre, disparition totale des chancres du vagin et du col : à leur niveau cependant, et surtout à la place de la lésion cervicale, persiste une surface plus sombre que le reste de la muqueuse, qui a une consistance absolument normale. Le chancre anal est en excellente voie de guérison, l'œdème de la grande lèvre a presque disparu, l'adénopathie a sensiblement diminué, si bien que le 19 décembre, on ne trouve plus qu'une érosion insignifiante de l'anus, et qu'on laissera la malade sortir de l'hôpital 3 ou 4 jours plus tard.

Observation XIII

Belgodère : *Ann. des maladies vén.*, 1920, p. 716.

Chancro syphilitique intra-cervical.

Une jeune femme vivant maritalement avec un Américain, reconnu quelque temps auparavant porteur d'un chancre induré de la rainure balano-préputiale, vient se faire examiner. Elle présente des signes d'imprégnation secondaire : céphalée nocturne, lassitude, syncopes, adénopathie inguinale.

L'examen de la vulve est muet. Le col, à première vue, paraît intact. Un détail minime attira notre attention : c'était un léger degré d'assymétrie du col, que nous n'avions pas remarqué la première fois. Le cone cervical paraissait légèrement plus volumineux dans sa moitié droite, du côté des ganglions. La différence était à vrai dire très légère, mais un pressentiment confus nous porta à saisir un tampon monté et à entreprendre de débarrasser la cavité cervicale d'un mucus visqueux et récalcitrant qui l'obstruait. L'opération fut assez laborieuse, mais la peine porta en elle sa récompense, en nous faisant découvrir le corps du délit : c'était une ulcération arrondie et enroulée, de la dimension de nos pièces de 50 centimes d'autrefois, qui occupait le quart inférieur droit de la cavité cervicale. Les bords en étaient entaillés, ressortant nettement sur une muqueuse saine et aucune confusion n'était possible avec une ulcération de métrite ; le fond était un peu creusé et recouvert d'un enduit grisâtre : bref, c'était indéniablement l'accident primitif du type ulcéreux ; son bord affleurait l'orifice du col, sans toutefois l'atteindre, et le bouchon muqueux masquait complètement cette lésion qui devait forcément échapper à un examen rapide et superficiel. Le traitement mercuriel est institué mais, quelques jours après, apparaît une roséole qui confirme le diagnostic.

Observation XIV

Rapportée par Scheffer, à la réunion dermatologique de Strasbourg :
9 juillet 1922.

Chancre géant du col utérin, à forme bourgeonnante simulant un épithélioma.

Madame H..., âgée de 48 ans, veuve depuis 7 ans, domestique de ferme, avoue avoir cédé douze semaines avant son entrée à l'hôpital, qui date du 3 mai dernier, aux instances de son patron. Durant les trois semaines qui précédèrent le 3 mai, elle eut à plusieurs reprises des hémorragies vaginales assez violentes, elle souffrait de douleurs lombaires et se plaignait de fatigue générale; elle dit avoir maigri.

L'examen au spéculum permet de constater au niveau du col de l'utérus, et principalement sur la lèvre antérieure, une masse bourgeonnante, végétante, de la grosseur d'une grosse noix, le tout recouvert d'un enduit verdâtre, extrêmement fétide. Il suffit de déterger pour mettre à nu une ulcération, à bords peu nets, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs, reposant sur cette masse papillomateuse.

Au toucher vaginal, on constate une infiltration ligneuse du col, se prolongeant jusqu'au paramètre gauche; la mobilité utérine est diminuée, le toucher n'est pas douloureux.

La malade présente en outre près de la fourchette, sous un replis de la petite lèvre gauche, une minuscule ulcération, ayant au plus les dimensions d'une petite lentille, à peine infiltrée, à bords nets, à fond diphtéroïde; dans l'aîne gauche un petit ganglion dur, roulant sous le doigt, deux dans l'aîne droite. La peau est indemne de toute lésion suspecte.

Un gynécologue qui avait vu la malade, avait posé le diagnostic d'épithélioma du col; malgré cet avis et en raison de ganglions inguinaux et de la petite ulcération de la fourchette, nous recherchâmes le tréponème systématiquement, sans résultats sur la for-

mation morbide du col, par contre avec succès à la fourchette après plusieurs essais infructueux.

Le traitement mixte novarsénobenzol et cyanure, institué d'urgence, fit fondre avec une rapidité surprenante toute la masse végétante du col. L'infiltration paramétrale disparut : il ne subsiste actuellement qu'une cicatrice de la dimension d'une pièce de 5 francs.

Observation XV

R. S. Cron, Milwaukee, Wis. 1926.

Am. J. of Obst. and Gyn., XI, p. 378.

Cas de chancre du col opéré pour carcinome chez une femme de 47 ans

Une femme blanche âgée de 47 ans, entre à l'hôpital le 5 juillet 1921, pour pertes vaginales. Sur son col irrégulier, on constate la présence de petites aréoles ulcérées, recouvertes d'un enduit épais et jaunâtre; l'utérus est fibromateux. Vu l'âge, le diagnostic de carcinome à son début étant fait, on pratique une hystérectomie totale, et l'examen histologique a révélé la lésion syphilitique, non seulement par les caractères anatomo-pathologiques, mais par la présence de tréponèmes à l'intérieur des coupes. De plus, le B.-W négatif au début, devient positif au bout d'un mois environ.

Observation XVI

Par MM. Guyot, Guérin et Mlle Dubreuilh.

(*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, juillet 1927.)

Chancres multiples du col chez une femme enceinte

L..., âgée de 30 ans, ayant eu deux enfants âgés respectivement de 5 ans et de 3 ans, s'est fait examiner, parce qu'elle présentait quelques pertes roussâtres et qu'elle n'était pas réglée depuis deux mois. L'examen a montré, au toucher vaginal, un col très volumineux qui remplit le fond de la cavité vaginale, avec orifice externe

largement ouvert; sa surface est irrégulière, molle, avec quelques bosselures; le col est dur dans sa masse; le corps utérin est gravide.

Au spéculum on décèle, sur le pourtour antérieur du col, quatre ulcérations ovalaires planes, exulcérations plutôt, dont la plus grande a environ 1 cm. de longueur, de coloration rougeâtre un peu cuivrée; le col vu de face, énorme, est recouvert de sécrétions un peu épaisses qui n'adhèrent pas, mais au-dessous desquelles le col ulcéré saigne. Col irrégulier, mamelonné, dont l'orifice externe est obstrué par des bourgeons mous.

Cette malade vient d'avoir des rapports avec un syphilitique en pleine efflorescence. Les examens de laboratoire indiquent un Wassermann franchement positif, 0 egr. 10 d'albumine dans les urines.

Le Docteur Petges constate, en outre, l'existence d'une roséole et d'un acné syphilitiques faisant suite à une angine probablement de même nature.

Un mois après, à la suite d'un traitement arsenical actif, on ne constate plus qu'un bourgeon au niveau de la lèvre antérieure du col. Les autres lésions ont disparu.

Observation XVII

Par les Dr Lévy, Bing et Janet

(*A. des mal. vén.*, V, p. 899, déc. 1928.)

Chancres multiples du col utérin

Mlle Germaine X..., âgée de 18 ans, s'aperçoit, vers le 25 novembre 1927, qu'elle était atteinte de quelques petites pertes jaunâtres. Elle confia cette particularité à un Monsieur, honorable industriel, qui s'intéressait à elle intimement. Ce dernier la conduisit chez le docteur Janet qui diagnostiqua une blennorragie aiguë et fit un examen complet. A ce moment, il n'y avait aucune ulcération visible sur le col, mais comme le col saignait, on décida de faire un Wassermann. Cet examen fut fait à l'Institut Pasteur et donna un résultat négatif. Le 6 décembre, Mlle Germaine X..., revint chez le docteur Janet pour commencer le traitement de la blennor-

ragie. A ce moment, le docteur Janet constata des ulcérations sur le col.

La jeune femme fut alors adressée au docteur Lévy-Bing; celui-ci fit recommencer le Wassermann le 9 décembre. Le résultat fut alors fortement positif (B.-W., Hecht et Jacobsthal : H° H° H°). En outre l'examen ultra-microscopique, pratiqué le même jour (9 décembre 1927), sur les lésions du col, révéla l'existence de tréponèmes très nets.

L'examen gynécologique fait avec grand soin le lendemain, montre une suppuration jaune abondante du vaggin (vaginite évidente) et une urétrite aiguë. Il n'y a pas d'adénopathie inguinale, pas trace d'éruption sur le corps. La malade accuse de légers maux de tête, qui durent toute la journée.

Le col utérin présente trois ulcérations typiques :

1° Un chancre de la lèvre postérieure du col. C'est le plus petit, il a la forme d'un triangle à angles arrondis, dont la base, de un centimètre de long, répond à l'orifice du col.

2° Un chancre de la lèvre antérieure du col, dans sa moitié droite; il est beaucoup plus grand que le précédent, il atteint la dimension d'une pièce de un franc et s'étend, par conséquent, d'arrière en avant sur la face antérieure du cône cervical.

3° Un chancre de la face postérieure du cône cervical. Il est encore plus grand que les deux précédents, et sa dimension dépasse celle d'une pièce de deux francs. Son contour est un peu irrégulier. Par son bord antérieur, il arrive au voisinage du bord postérieur du premier chancre, mais il en reste séparé par un intervalle de trois millimètres environ de muqueuse saine.

Tous ces chancres ont un caractère commun : ils sont papuleux. Leur surface fait relief sur la muqueuse avoisinante. Ce sont des chancres hypertrophiques. L'érosion qui recouvre le plateau saillant n'a pas de bords et n'est limité à sa périphérie que par le liséré épithélial. La surface ulcérée n'est pas rouge vif, mais présente plutôt une teinte pâle et blafarde, ce qui tient peut-être à l'état général anémique et lymphatique de la malade. Cette surface est, en outre, recouverte d'un enduit purulent, jaunâtre, dû à la vaginite concomitante.

La malade est aussitôt soumise au traitement spécifique par injections intraveineuses de novarsénobenzol.

Le 22 décembre, après la quatrième injection, un nouvel examen est pratiqué et montre les ulcérations du col complètement cicatrisées. En même temps, sous l'influence du traitement local, qui a consisté surtout en injections de permanganate de potasse, la sécrétion vaginale a considérablement diminué et l'urétrite est en voie de guérison.

Observation XVIII

(Inédite. Par le Professeur Petges.)

Chancre syphilitique du col utérin, attendu et diagnostiqué précocement.

Un M. X... vient, fort inquiet, me prévenir, le 9 octobre 1929, qu'il a eu le 30 septembre des relations avec une jeune fille de 22 ans, et que trois jours après, un médecin de la région lui a dit que deux ulcérations, dont il est atteint sur le gland depuis 10 jours, et qu'il considère comme de l'herpès, sont des chancres indurés.

L'examen des chancres ne laisse aucun doute : il existe une adénopathie satellite caractéristique et au surplus, la rosée séreuse contient des tréponèmes (ultra-microscope).

Le 10 octobre, il me conduit cette jeune fille, et il est convenu que je la suivrai. Elle ne présente aucun signe de syphilis ancienne ou récente, pas de polyadénopathie. Sa réaction de B.-W. est négative; le col est sain.

Un traitement préventif serait indiqué, mais il est impossible de l'appliquer, car elle n'habite pas Bordeaux et ne veut absolument pas en parler à son médecin. Elle a été avertie, en dehors de moi et devant moi, par l'intéressé de ce qui est probable et pourquoi. Elle connaît parfaitement les causes et leurs conséquences et a pris la décision de se traiter si quoi que ce soit survient.

17 octobre 1929. Mlle X... se présente : il n'existe sur la vulve, dans le vagin, sur le col, aucun signe d'ulcération : rien ailleurs.

Le 24 octobre, elle m'annonce l'existence d'un suintement séro-hématique vulvo-vaginal, et me montre des taches rosées sur sa

chemise; les dernières règles datant de 15 jours, elle s'en est aperçu la veille.

Examen. Rien sur la vulve et le vagin, au spéculum je vois sur la lèvre antérieure du col utérin, une ulcération saignotante, en croissant, d'un demi-centimètre dans le sens horizontal sur quelques millimètres de largeur; les bords de l'ulcération sont nets. Elle est légèrement saillante : essuyée avec de la gaze, elle apparaîtrait rouge vif, rosée séreuse; pas de douleurs spontanées ou provoquées; au toucher et à la pince, sans être indurée, elle est plus ferme que le tissu voisin. Il n'existe pas d'adénopathie inguinale ou épitrochléenne.

Examen à l'ultra-microscope : tréponèmes nombreux.

Réaction de Hecht-Sabrazès (Dr Mougneau) : négative.

Confiée au médecin de sa famille, elle est l'objet d'un traitement discret, intensif, sous ma direction. Je l'ai revue en février 1930 : le traitement est bien appliqué et bien suivi; il ne reste plus trace de l'ulcération; il n'existe pas de polyadénopathie.

Voilà donc un chancre syphilitique, dont l'apparition était prévue : l'origine connue, était fixée à une date précise : l'observation a pu être aussi minutieuse et probante que si elle avait été provoquée par une inoculation expérimentale. L'incubation a été de 23 jours au plus, de 16 jours au moins, puisque la patiente ne présentait aucun signe clinique à l'examen précédent du 17 octobre et qu'elle a perçu les premiers symptômes (suintement séro-sanguinolent) le 24 octobre.

Il est fâcheux qu'un traitement préventif n'ait pu être fait, alors que le chancre était encore « microscopique ».

En face d'un cas de ce genre, on comprend mieux l'origine de certaines épidémies de syphilis primaires : qu'il soit survenu chez une prostituée en carte et non sur une malheureuse jeune fille, victime d'un homme, que de contaminations n'aurait-elle pas provoqué avant d'être diagnostiquée entre les deux visites hebdomadaires; si encore il n'était point passé inaperçu et si le diagnostic n'avait été posé qu'au moment de la roséole en admettant qu'elle n'ait pas évité la visite; qu'il soit survenu chez une clandestine, le mal était plus grand encore au point de vue du nombre des contagions.

DIAGNOSTIC POSITIF

1° Examen de la sérosité du chancre.

Technique. — La sérosité à peine rosée d'un chancre syphilitique dont les bords, après nettoyage à l'eau bouillie ou au sérum artificiel, ont été scarifiés superficiellement, est prélevée à l'aide d'une pipette stérile, ou d'une petite cuillère en bois à manche long pour les chancres intra-cervicaux (Dora-Fusch), et on l'examine :

- a) directement à l'ultra... technique immédiate et pratique;
- b) sur frottis fixés et colorés par la méthode de Fontana-Tribondeau, ou par la méthode plus simple de Sabrazès : les plus usitées dans les hôpitaux de Bordeaux.

Dans la pratique, un premier examen négatif ne doit pas être considéré comme définitif; car les tréponèmes ont pu momentanément disparaître de la lésion, sous l'effet par exemple d'un badigeonnage au nitrate d'argent ou d'injections antiseptiques; un second et même plusieurs contrôles, à 24 ou 48 heures d'intervalle, sont souvent nécessaires pour confirmer le diagnostic. Il suffira de ne faire aucun traitement local, simplement des injections d'eau bouillie. Rapidement, dans nombre de cas, 48 heures après, on aura des chances de trouver des tréponèmes. Il faut signaler également le cas de chancre mixte, dans lequel les tréponèmes n'apparaissent que plusieurs jours après le début.

Il faut également examiner la sériosité d'autres lésions concomitantes.

2° Les différentes réactions sérologiques, de Bordet-Wassermann, Vernes... Meinicke... Hecht... viendront témoigner de la septicémie.

3° Accessoirement, la ponction des ganglions, lorsque ceux-ci existent dans la région inguinale, avec recherche de tréponèmes, donnerait pour Serper et Christer un pourcentage de résultats supérieur à celui de la simple recherche directe.

De même la biopsie de la lésion avec examen histologique et recherche de tréponèmes à l'intérieur des coupes, préconisée par Warthin et Noland a permis à Ivens de redresser un diagnostic erroné.

Malgré tout, ces procédés de laboratoire peuvent ne donner aucun résultat, et nous en avons encore observé l'exemple suivant :

Lucie M..., 33 ans, entre à l'hôpital de la Salubrité le 11 décembre 1929, pour ulcération de la grande lèvre droite. Trois jours après, le diagnostic clinique est évident : il s'agit d'un accident primitif typique. Des recherches répétées de tréponèmes, à l'ultra et deux réactions de B.-W. sur frottis ont été négatives.

Que faut-il faire en pratique ? à attendre le contrôle du laboratoire, on perd un temps précieux pour commencer le traitement. D'autre part le commencement du traitement dans les cas où l'on n'est pas sûr, pourrait avoir des inconvénients.

Si tous les examens de laboratoire sont négatifs, mais la lésion cliniquement caractéristique, on devra traiter.

Si les lésions ne sont pas pathognomoniques et laissent subsister un doute sur la nature syphilitique il ne faut pas traiter dans ce cas : on multipliera les examens cliniques et de laboratoire en se rappelant l'importance du diagnostic de syphilis.

Pour notre part, nous avons fait à cette malade une série de N.-A.-B., 9 jours après, la réaction de B.-W., fortement positive venait confirmer notre diagnostic clinique.

Il reste donc des cas où le diagnostic ne peut être fait, mais où l'évolution ultérieure justifie la première hypothèse.

En effet, les accidents secondaires viennent souvent confirmer le diagnostic (obs. IV, VI, XIII, XVI, Observations de Wille et Sernert, 1915, de Gaucher et Giroux 1913, du Pr Dubreuilh in Rivoalen).

Mais il arrive que ce soient précisément eux qui attirent l'attention du praticien, et au cours d'examen général il retrouve au niveau du col la lésion initiale dans toute sa virulence (Dora Fusch, déjà cité) (obs. n° I, VII).

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Nous éliminerons rapidement l'herpès et la syphilis tertiaire pour discuter plus attentivement les ulcérations de la tuberculose, du chancre mou, de métrite, et surtout de cancers du col qui peuvent dans certains cas prêter à confusion.

1° *L'herpès* du col est constitué par la réunion de plusieurs éléments éruptifs : d'abord vésiculeux puis ulcéreux, ils forment par leur confluence une ulcération unique, à contours polycycliques (caractère pathognomonique), comme de petits segments de circonférence qui tendent à se couper réciproquement, sans réaction inflammatoire comme autour du chancre, ni d'adénopathie. La concrétion pseudo-membraneuse est beaucoup plus légère, pelliculaire (macération de l'épithélium des vésicules affaissés). La pression ne permet pas de trouver d'induration, mais donne le signe de l'expression du suc de Leloir.

2° *Les syphilides circonscrites*, indurées et solitaires peuvent simuler un accident primitif, mais ce sont des ulcérations sans tumeurs véritables, n'ayant qu'une base rénitente engorgée : il y a des antécédents et d'autres manifestations tertiaires sont coexistantes.

3° *L'ulcération tuberculeuse*. — Molle, violacée, de contours irréguliers, à bords décollés, sensible au toucher, évoluant lentement, accompagnée de nodules et de tubercules sur les tissus voisins, chez un sujet tuberculeux invétéré, peut bien prêter à confusion : une biopsie est quelquefois permise. Le Pr Guyot, exposant le cas déjà cité, de chancres multiples du col, a pensé tout d'abord à une lésion tuberculeuse vu le peu de netteté de l'induration, le mauvais état général, les antécédents tuberculeux.

4° *Chancre mou.* — Parfois unique, d'aspect bénin, impossible à différencier de l'ulcération banale, d'autres fois recouvert d'une production couenneuse blanc jaunâtre (comme pour la syphilis); mais le plus souvent douloureuse et multiple, l'ulcération est caractéristique : les bords décollés, irréguliers, taillés à pic, surplombent un fond granuleux, jaune sale, laissant écouler un pus abondant. Au cas d'adénopathie inguinale, on trouve 1 ou 2 ganglions, énormes, du type inflammatoire, qui s'empâtent, deviennent fixés, douloureux, se ramollissent et tendent à suppurer. Enfin localement on trouve le bacille de Ducrey.

5° *Les ulcérations inflammatoires et de métrite cervicales.* — Sont toujours centrales, nées au pourtour de l'orifice dans lequel elles s'enfoncent, ne le quittant jamais, semblent produites et entretenues par le catarrhe utérin; les bords ne sont pas franchement délimités, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre et de pertes vaginales; au toucher, on trouve un col, quelquefois un corps gros et douloureux. Le col est encore fongueux, ramolli, saignant. Enfin l'évolution est chronique.

6° *Cancer du col.* — Il ne peut s'agir de diagnostic différentiel qu'à la période de début. En faveur du cancer, il y a une ulcération bourgeonnante avec bourgeons très durs, et une sécrétion de pertes roussâtres fétides. Cependant dans quelques cas, le chancre induré peut être très dur, et l'erreur est permise cliniquement. Les signes généraux eux-mêmes peuvent être trompeurs : dans l'un et l'autre cas on peut avoir de l'asthénie, de l'amaigrissement, de la pâleur; mais ces signes surviennent rapidement dans la syphilis, tandis qu'ils sont beaucoup plus lents à s'installer dans le cancer. D'ailleurs, si ces troubles datent de plus de un mois et si on a affaire à un accident primitif, la réaction de B.-W. est toujours positive.

Fréquentes ont été les confusions avec le chancre, comme l'a signalé Thibierge en 1904, après les deux observations publiées par Rostaine et Druelle.

Neisser (1913) a fait opérer une malade ayant des métrorrhagies et des pertes vaginales pour Sarcome (après examen histologique) mais peu après l'intervention, se développent des phénomènes secondaires. On peut se demander s'il y a eu vraiment sarcome ? A cause de la biopsie on peut penser à une coexistence; cependant la syphilis secondaire, évoluant par la suite, permet d'émettre des doutes et de songer à un accident primitif du col ayant passé inaperçu.

O'Day, 1914, signale un cas de chancre; diagnostiqué par plusieurs chirurgiens, carcinome inopérable; sur la malade non opérée de ce fait, il a la surprise de trouver quelque temps après des lésions secondaires évidentes.

Gaucher, 1916, cite le cas de deux femmes arrivées en pleine période secondaire, le diagnostic ne faisant aucun doute; toutes deux sortaient des mains d'un chirurgien qui venait de les opérer pour cancer du col : elles furent soumises ultérieurement et heureusement au traitement mercuriel.

Scheffer, 1922 (obs. XIV), décrit sur le col d'une malade de 48 ans, « une masse bourgeonnante, de la grosseur d'une grosse noix,, recouverte d'un enduit verdâtre extrêmement fétide », diagnostiquée par un gynécologue averti : Cancer. La recherche de tréponèmes fut positive au niveau d'une seconde ulcération vulvaire concomitante : le traitement As³ et Hg fit tout disparaître.

Cron, 1926, signale une observation que nous avons reproduite (n° XV).

En 1927, Hinselmann, rapporte un cas de diagnostic différentiel entre carcinome et chancre du col.

Jayle (1930) signale enfin un accident primitif localisé, diagnostiqué carcinome, mais qui fut heureusement identifié à temps.

Pour éviter de pareilles confusions, il convient, si le doute est permis, de faire tous les examens possibles, des recherches de Laboratoire, en particulier frottis, B.-W., Biopsie.

Warthin, Arbor et Noland déclarent même que le diagnostic de certitude ne peut être fait que par l'examen histolo-

gique avec recherche de tréponèmes dans les coupes. Ils ajoutent même que cette recherche de tréponèmes dans la sérosité, prélevée sur une ulcération du col, peut donner lieu à des erreurs, et prétendent que chez une femme syphilitique, le sang des règles et des sécrétions vaginales peuvent contenir des tréponèmes. La question est fort discutée, et loin d'être démontrée; d'après ces auteurs la présence de tréponèmes dans les sécrétions vaginales d'une femme syphilitique, ne permettrait pas d'éliminer le diagnostic de cancer. En réalité, la seule confusion peut se faire au point de vue microscopique, avec les spirochètes non pathogènes que l'on trouve à la surface d'un cancer ulcéré. A une période plus avancée, l'infiltration du paramètre considéré comme un élément de cancer (Neumann), s'observe également dans la syphilis (XIV); mais dans le premier cas, l'ulcération destructive sécrète une sérosité roussâtre et il existe des troubles utérins (hémorrhagies, leucorrhée), enfin des troubles généraux, qui ne se retrouvent pas dans le chancre.

PRONOSTIC

Le pronostic est celui de l'infection syphilitique : pronostic général, subordonné au traitement, qui doit être aussi précoce que possible, intensif et suffisamment prolongé.

Il faut cependant considérer un peu à part l'influence du chancre sur l'accouchement :

Au terme de la grossesse, l'accident peut entraîner, par des phénomènes d'ordre mécanique, du fait de sa présence, un obstacle plus ou moins grand à l'accouchement, un retard, une longueur de travail dans sa première phase (Mrazeck) ou encore, une cicatrice sténosante du tissu voisin de l'orifice externe ou de cet orifice lui-même (Brindeau, Blandin), une rigidité du col permettant une dilatation à peine marquée ne dépassant pas 2 fr., prédisposant à des dilacérations dangereuses du col, « qu'on est obligé de débri-der » (Shaw-Mackenzie). Mrazeck conseille dans ce cas un traitement intensif et une dilatation précotienneuse du col. La pratique nous a montré dans nombre de cas, que si le traitement a pu être institué en temps utile, l'accouchement se fait normalement.

CONCLUSIONS

1. Le chancre induré du col utérin a été trouvé 12 fois sur 74 accidents primitifs, à l'Hôpital de la Salubrité de Bordeaux, de 1919 à 1930 ; c'est, après la vulve, sa localisation la plus fréquente.

2. Il passe facilement inaperçu au toucher, et n'est découvert, le plus souvent, que par l'examen systématique au spéculum. Pour cette raison, il est plus fréquemment repéré chez les prostituées, soumises à un contrôle hebdomadaire, que dans la clientèle ordinaire.

3. Au point de vue clinique, le chancre induré présente un aspect érosif, ulcéreux ou bourgeonnant ; son induration, délicate à trouver, doit être recherchée au doigt ou avec une pince longue, et différenciée de la fermeté du col. L'adéno-pathie satellite n'est pas décelable cliniquement, pour des raisons d'ordre anatomique : les lymphatiques provenant du col se déversent vers la chaîne lombaire. Exceptionnellement, en raison d'anastomoses ou de néoformations, les ganglions inguinaux peuvent réagir.

4. En raison de son siège, il constitue un danger de contamination sérieuse, tant au point de vue vénérien qu'au point de vue professionnel : pour les médecins et sage-femmes, obligés de pratiquer le toucher vaginal. Ce toucher ne devra jamais se faire sans un doigtier protecteur.

5. Le diagnostic est délicat, parfois difficile ; il doit être confirmé par le laboratoire, chaque fois que c'est possible : recherche de tréponèmes et réaction de Bordet-Wassermann. Si la recherche de tréponèmes est positive,

tout doute est levé. Une réaction de Bordet-Wassermann positive, en l'absence de tréponèmes, fournit un argument sérieux, s'il n'existe pas déjà de syphilis, ou que l'on se trouve encore à la période pré-sérologique.

Le diagnostic différentiel doit être fait surtout entre chancre induré du col et métrite, cancer, chancre mou.

6. Le traitement sera celui de toutes les syphilis primaires : on commencera par les novarsénobenzènes, les meilleurs agents du traitement d'attaque. Il devra, comme le dit le professeur Petges, « être précoce, progressif, intensif, prolongé ».

Vu :

Le Doyen,

C. SIGALAS

Vu, Bon à imprimer :

Le Président,

R. PETGES.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 2 avril 1930,

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Doyen délégué,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- Belakhoff.** — Cas de chancres indurés du col de l'utérus avec adénopathie inguinale caractéristique (*Vénér. i. Dermatol.*, t. XV, janvier 1929).
- Belgodère.** — Sur un cas de chancre intra-cervical. (*Ann. des mal. vénér.*, p. 716, 1920).
- Bernutz.** — Les affections syphilitiques du col de l'utérus (*Soc. méd. des hôpit.*, 1855, p. 384).
- Bory.** — A propos des syphilis occultes de la femme (*Bull. Soc. Fr. de dermat. et syphil.*, 1925, t. XXXII p. 171).
- Couvert.** — Valeur pratique de la recherche du tréponème sur le chancre du col (*Riforma. Méd.*, Napoli, 1924, p. 152).
- Cron.** — Chancre of the cervix with a report of two cases (*Amer. J. of. Obst. et Gyn.*, 1926, XI, p. 378).
- Dora Fuschs.** — Recherche des spirochètes dans le canal cervical (*Deutsch. Med. Woch.*, oct. 1920, p. 1165; in Couvert, 1924).
- Feldmann.** — Syphilis d'emblée (*Arch. dermat. et syphil.*, mai et sept. 1928).
- Fuss (Fr.)** — Quelques considérations médico-sociales sur 1330 cas de chancres syph. (*Ann. des mal. vén.*, nov. 1929).
- Ferouelle.** — Chancre syph. du col de l'utérus (*Thèse*, Paris, 1902).
- Fournier.** — *Traité de la syphilis*, 1906.
- Gaucher.** — Les lésions syph. méconnues (*Ann. des mal. vén.*, 1916, p. 155).
— La syphilis sans chancre chez la femme (*Bull. Ac. de méd.*, 1916).
- Gaucher et Giroux.** — Chancre syph. du col ut. (*Ann. des mal. vén.*, 1913, VIII).
- Gellhorn et Ehrenfest.** — Syphilis of the internal gen. organs in the female (*Am. J. Obst.*, 1916, LXXIII, p. 864).

- Gougerot.** — Syphilis acquise sans chancre (*Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, nov. 1927).
- Chancres syph. retardés spontanément ou par le trait. anti-syphil. (*Bull. Soc. Fr. de dermat. et syph.*, 1926, p. 461).
- Guyot, Guérin et Dubreuilh.** — Sur un cas de chancre du col (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, juillet 1927).
- Hallion et Bauer.** — Sur le diagnostic précoce du chancre syph. par le microscope avant son induration (*Arch. méd.-chir. de province*, 1923).
- Hallion.** — Sur les inconvénients de la dénomination habituelle du chancre induré pour désigner le chancre syph. (*Presse méd.*, 1922, XXX, p. 1881, annexes).
- Hinselmann.** — Cas de diagnostic diff. de chancre et de cancer du col (*Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynac.*, août 1927).
- Harrisson.** — Le diagnostic de la syphilis primaire par la culture (*Ann. syph.*, janvier 1925, p. 81).
- Ivens.** — *J. of Obst. et Gyn. of British Empire*, XIII, p. 273.
- Jayle.** — Les lésions du col chez les vierges et les jeunes femmes nullipares (*Presse médicale*, 5 février 1930, p. 186).
- Juan-Marin.** — Chancre syph. (*Bull. Soc. de chir. de Chili*, 1924, VII, p. 129).
- Kitchevatz.** — Evolution du chancre syph. (*Ann. de dermat. et syphil.*, 1927, p. 483).
- Lacassagne.** — Les premiers signes cliniques du ch. syph. de la muqueuse génitale (*Presse médic.*, Paris, 1922, XXX, p. 245).
- L'adénopathie inguinale dans les affections du col utérin (*Bull. Soc. dermat. et syph.*, 10 février 1927, p. 65).
- Lantuejoul.** — Le chancre syph. du col ut. chez la femme enceinte (*Gyn. et Obst.*, 1920, p. 110).
- Leveuf et Godard.** — Lymphatiques de l'utérus (*Revue de chirurgie*, 1923, III, p. 218).
- Lévy, Bing et Janet.** — Chancres multiples du col utérin (*Ann. des mal. vén.*, V, p. 899).
- Louste, Ducourtieux et Lotte.** — Chancre mou du col utérin (*Bull. Société dermat. et de syph.*, 13 janvier 1927).
- Adén. inguinale et affections du col utérin (*Bull. Société dermat. et de syph.*, 10 février 1927).

- Macdonald.** — Early lésions of cervix (*J. Am. M. A.*, févr. 1929).
- Marcille.** — Les ganglions lymphat. ilio-pelviens (*Thèse Paris*, 1901-1902).
- Moraller.** — *Zeitsch. f. Gebur. u. Gynak.*, 1908, XII, p. 159.
- Meyer.** — La question de la syph. utér. (*Gesell. fur Gebur. u. Gynak.*, juin 1921).
- Meynet.** — Chancre primitif intra-vaginal (*Ann. mal. vén.*, 1922).
- Mrazeck.** — In Gellhorn et Ehrenfest.
- Neumann.** — Der Syph. der vagina, der uterus, and seiner adnexe (*Manch. méd. Woch.*, 1895).
- O' Day.** — Cas de chancre pris pour un carcinome inopérable (*New-York med. J.*, déc. 1914, p. 1258).
- Oppenheim.** — *Atlas des affections vén. de la portion vaginale de l'utérus et du vagin* (Wien, 1908, Deutiche éd.).
- Ozenne et Durand.** — Chancre syph. sur un col ut. prolabé, effleurant la vulve (*Ann. des mal. vén.*, Paris, 1922, VII).
- Ozenne.** — *Traité de syphilis de l'utérus et de ses annexes* (Masson, 1921).
- Palmer.** — (*Deutsche méd. Wochenschr.*, janv. 1895.) In Gellhorn et Ehrenfest.
- Palowsky.** — Chancre de l'utérus (*Bol. Soc. obst. et gyn. de Buenos-Ayres*, XV, déc. 1924).
- Passenaud.** — Contribution à l'étude du chancre syph. du col de l'utérus (*Thèse Paris*, 1903-1904).
- Poirier.** — Rôle des lymphangites dans les inflammations de l'utérus des annexes (*Progrès médical*, 1890, p. 43).
- Poirier et Cunéo.** — *Traité d'Anatomie. Les lymphatiques.*
- Ricord.** — *Sur quelques faits observés à l'hôpital des vénériens.*
- Rille.** — Le chancre syph. du vagin (*Derm. Wochenschr.*, 88, 1929).
- Rivoalen.** — Contrib. à l'étude de la syphilis primaire et secondaire du col utérin (*Thèse Bordeaux*, 1922).
- Rostaine et Druelle.** — Deux cas d'ablation de chancres syph. pris pour des tumeurs malignes (*Arch. gén. de méd.*, 15 déc. 1903, p. 3152).
- Sappey.** — *Traité des vaisseaux lymphatiques*, Paris, 1874.
- Sabrazès.** — Coloration simple et rapide du spirochète de la syphilis dans les frottis (*Gaz. hebd. sc. méd. de Bordeaux*, 1926, t. XLVII, p. 216).

Schaw-Mackenzie. — In Gellhorn et Ehrenfest.

Scheffer. — Chancre géant du col ut. simulant un épith. (*Bull. soc. fr. derm. et syph.*, 1922).

Schwartz. — Etude sur les chancres du col de l'utérus (*Thèse Paris*, 1873).

Serper (W.) et Christer (J. S.). — *Roussi Vestnick Derm.*, août 1924.

Spillmann. — Faut-il traiter la syphilis avant le chancre ? (*La Médecine*, Paris, 1922-23).

Stookey. — Primary manifestations of syph. in women (*Amer. J. of syph.*, janv. 1927).

Stookey et Roberts. — Chancre of the cervix (*Am. J. of syph.*, avril 1928, XII, p. 212).

Thibierge. — Sur le chancre syph. du col ut. (*Ann. de derm. et syph.*, févr. 1904).

Ungaro. — Sifilide primitiva utérina (*Rassegna d'Obs. e Gyn.*, Napoli, 1909, XVIII, p. 395).

Vigne et Pringault. — Coloration vitale du tréponème (*Marseille méd.*, janv. 1922).

Villemin, Huard et Montagné. — *Revue de chirurgie*, 1925.

Warthin, Arbor et Noland. — The différential diagn. of chancre and carcinome of the cervix (*Amer. J. of syph.*, october 1921).

Wile et Senear. — *Surg. gyn. and obst.*, 1915, p. 645.

Zomakion. — Ein harter shanker der partio vagin utéri und seine diagnostik (*Arch. fur derm. u. syph.*, Wien und Leipzig, 1913, CXVI, p. 329).

